

**27 de Agosto de 2008.**  
**Professora Marisa.**

### **Pré-natal**

Risco da gravidez: relaciona-se com a história pregressa, a história obstétrica, vida anterior. Atendemos as pacientes de baixo risco. As pacientes de alto risco (já teve abortos, hipertensa, diabetes) são encaminhadas para dois médicos específicos.

Paciente de 14 anos que quis a gestação pode ser considerada de baixo risco. Já a grávida de 14 anos em condições precárias (pai e namorado não querem a gestação; usuária de drogas) é considerada de alto risco.

Quanto mais jovem a primípara, aparentemente, maior o risco de DHEG.

Ideal de gravidez: 18-28 (35) anos.

Engravidar aos 14 não é problema, mas aos 12 sim (estrutura óssea em evolução, ainda em desenvolvimento). O problema não é ter filho aos 14 se houver estrutura familiar e aceitação em casa.

Não é um fator de risco que leva a uma gravidez de alto risco e sim uma conjunção de fatores.

**Antecedentes obstétricos:** quantas gestações, quantos partos e quantos abortos. Partos: nativos (nasceu vivo), natimortos (nasceu morto) ou neomortos (nasce vivo e morre).

Neomorto precoce: nasce vivo e morre em até 7 dias.

Neomorto tardia: nasce vivo e morre em até 28 dias.

**Gesta e para dizem respeito a número de gestações (gravidez) e partos e não de conceitos.**

Paciente, 29 anos, iniciou PN.

HO:

1 perda – 18 semanas.

1 nativo – 36 semanas.

Refere DUM (Primeiro dia da última menstruação): 05/03/08.

G= III (isto é atual; se perguntar antecedentes obstétricos na realidade é Gesta II).

P= I (37-42 semanas é considerado a termo; 40 semanas=280 dias, podendo nascer duas semanas antes e duas depois sem problema nenhum).

Aborto é uma perda até 20 semanas. Perda de até 20-22 semanas, desde que com peso fetal de 500 gramas, também é considerado aborto.

Pós-datismo: gravidez igual ou maior a 42 semanas.

Ab=

DPP (pela regra de Nagele) = +7 ao dia / + nove ao mês. Isto no primeiro dia da DUM. Na regra de Nagele, todo mês tem 30 dias. Se na contagem dos dias, mudar-se de mês (exemplo DUM de 26/03/08), soma-se um mês também (ou seja, soma-se 10 no item dos meses; no exemplo resultando em 03/01/09). Primípara costumam ter gestações mais prolongadas e por isso somam-se + 10 ao item dia.

IG (quantas semanas de grávida a paciente tem): se ela menstruou dia 5 de março ela tem 26 dias de março, 30 de abril, 31 de maio, 30 de junho, 31 de julho, 27 de agosto, resultando em 25 semanas de gestação.

O ideal é um intervalo de 2 anos entre as gestações.

US no primeiro trimestre é o que há de ideal: define a gravidez; define aonde está a gravidez (ectópica, tópica; US não vê trompa, mas vê ovário e útero; se houver gravidez ectópica vê saco gestacional na tromba), ver viabilidade da gravidez (BCF). Para datar gestacional o ideal é pedir às

12 semanas porque avalia-se idade gestacional e mal-formação: pode dar um erro de 3 ou 5 dias no máximo, mas é difícil.

US de segundo trimestre: avalia o feto (baço, fígado, rim, cavidade gástrica). Nessa época já há erro de 1 semana se a gravidez for de 20 semanas.

**Intervalo da menstruação:** vai do primeiro dia da menstruação até um dia antes da próxima menstruação.

Em obstetria gravidez é sinônimo de ovo nidado.

Mas, a gravidez é considerada a partir da DUM (primeiro dia da menstruação).

6 semanas já é visível BCG, vesícula, apesar de não ser vista a placenta.

O preventivo também é feito na gravidez.

### **Mama também é avaliada no exame obstétrico**

Permite avaliar ca de mama.

Permite avaliar complexo aréola-mamilar: mamilo é plano, umbilicado, houve dificuldade de amamentar?

Não se deve passar creme na aréola e no mamilo (muitas usam para evitar as estrias): isso afina.

Ou seja, evita na mama.

Permite diagnóstico de gravidez.

**Sinais de gravidez:** atraso de menstruação, enjôo, desejo, diurese aumentada (polaciúria), mamas congestas/túrgidas/doloridas, especialmente em pacientes com atividade sexual e sem uso de métodos contraceptivos. A paciente pode não estar grávida e sim no período pré menstrual.

### **Inspeção**

#### **Mama**

Nenhum dos itens abaixo é certeza de gravidez.

Tubérculos de Montgomery na aréola primária (pontinhos branquinho – 6 a 8 semanas de gravidez – que não se sabe o que é realmente).

Manchas em algumas regiões (ocorre hipertrofia do lobo anterior da hipófise): cloasma na face (anticoncepcional também pode fazer isso); na linha Alba há uma hiperpigmentação que é chamada de linha nigra; hiperpigmentação ao redor da aréola e do ânus.

Às 16 semanas já é comum o aparecimento do colostro na expressão da mama.

Aréola secundária (Sinal de Hunter): às 18 semanas o contorno da aréola primária vai se perdendo. Some depois da gravidez e a primária despigmenta, mas alguns tubérculos podem persistir.

Rede de Halley: congestão da mama

#### **Altura do fundo uterino**

De rotina em toda consulta é avalia a altura do fundo uterino. Dependendo do examinador existe uma diferente de 1-2 cm. O ideal é que o mesmo profissional veja durante toda a gravidez. Permite ver se o neném cresce muito, pouco, é macrossômico, a data está errada, é uma oligodramnia?

Técnica de medida na qual a extremidade da fita métrica é fixada na margem superior da púbis com uma mão, deslizando a fita entre os dedos indicador e médio da outra mão até alcançar o fundo do útero com a margem cubital dessa mão. Os dados das pesquisas do CLAP foram obtidos a partir dessa técnica de medida.

Ponto zero da fita métrica fica acima da sínfise púbica, pegou o fundo uterino sem apertar muito, para ali.

Uma gestação de 16 semanas: entre a sínfise púbica e a cicatriz umbilical.

Uma gestação de 20 semanas alcança a cicatriz umbilical.

Isso é muito viável na primeira metade da gestação. Especialmente se a paciente não lembra da DUM.

Na segunda metade não é muito viável.

$IG = \text{altura de fundo uterino} \times 8 / 7$ .

Fundo de 20 cm dá 22 semanas e alguma coisa.

Fundo uterino maior do que a IG: polidrâmio, gemelaridade, múltipara, macrossômica, erro de data.

Fundo uterino menor do que a IG: oligodramnio, crescimento restrito, infecções, morreu, etc.

### **Manobras de Leopold**

Situa o feto intra-útero. As 12 semanas o útero ainda é intra-pélvico e essas manobras são inúteis. Medir o fundo uterino: está a cabecinha ou o bumbum, na maioria das vezes a criança está em posição longitudinal e em posição cefálica.

Segundo tempo: localizar o dorso.

Terceiro tempo: percebe se o neném está fixado (encaixado) ou flutuando.

Quarto tempo: avalia a escava (linha que vai do promontório a sínfise púbica).

Sinal de certeza da gravidez: **palpação de partes fetais.**

**Movimentos fetais:** também é um sinal de certeza da gravidez.

**Ausulta de batimento cardio-fetal:** também é um sinal de certeza. Por meio de duas técnicas: estetoscópio de Pinard – está presente em todas as salas; a partir de 20 semanas BCF já é audível com Pinard / Sonar-Doppler: aparelho que com 10-12 semanas já permite ausculta. Varia de 120-160 bpm e **é assíncronico** em relação aos batimentos maternos.

Esses dados também ajudam no cálculo da IG.

Nos três primeiros (12-16 semanas) meses prefere-se US endovaginal uma vez que o útero ainda não saiu da pelve direito. A partir daí pode solicitar o obstétrico.

### **Edema de MMII**

**Toque vaginal-colo:** se nunca fez o preventivo é a oportunidade de fazer o Papanicolaou, se não fez no último ano. Não fazer o endocérvice. Na gravidez a vagina fica roxa (Sinal de Kluge). Vulva roxa (Sinal de Chadurck).

**No toque da grávida procura-se sinais de gravidez:** coloração, sinal de Hegar (amolecimento de istmo), Sinal de Piskacck (forma assimétrica do útero porque conforme mencionado ele cresce a partir do local que houve a nidação), preenchimento do fundo de Saco Vaginal (sinal de Noblé-Budin) e o **Sinal de Puzos** que é o único que é certeza de gravidez (toque e joga o útero para cima e depois o feto volta; rechaço fetal – funciona a partir de 16 semanas). Só William (autor) que considera que Puzos não é sinal de certeza de gravidez.

**Na folha do CLAP:** colocar se o colo está aberto ou fechado. Mulher grávida o colo deve estar fechado; se está aberto, apagando, afinando não são sinais de bom prognóstico.

Toda grávida deve ser tocada no HUCAM, o Papanicolaou é feito se não houver sido feito no ano anterior.

**Amolecimento do colo do útero e do istmo (região entre colo e corpo):** consistência nasal e labial. Colo do útero também fica roxo.

O útero começa a crescer a partir do local da nidação.

Movimento fetal percebido pela paciente não é certeza de gravidez. Uma pseudociese pode dar movimentos para a mãe.

### **Cartão de pré-natal**

É a mesma coisa que a folha do CLAP, mas a paciente leva com ela para qualquer intercorrência.